Reunião, Análise, Difusão de Informação sobre Saúde

RADIS tema 6

Escola Nacional de Saúde Pública — FIOCRUZ

Ano II / Abril de 1984

Bases financeiras da política de saúde

A edição de qualquer trabalho sobre o financiamento das atividades do setor saúde, ou outro de suas dimensões, encontra seus primeiros obstáculos na definição do conjunto de dados mais relevantes, na escolha de sua forma de apresentação, na dificuldade de manuseio das fontes primárias (especialmente balanços e orçamentos), na dispersão das fontes secundárias e na existência de informações conflitantes. Por tudo isto, juntar números e inferir tendências não é um trabalho fácil, se feito com rigor. Às vezes, o que aparece de forma simples é o resultado de sucessivas operações destinadas a agregar ou desagregar os dados iniciais; outras, o que parece consistente à primeira vista torna-se inutilizável no meio da jornada.

Da mesma forma, a leitura de qualquer tabela também exige alguns cuidados prévios: os critérios de agregação foram adequados? O período é significativo? Os dados dizem respeito a uma mesma realidade? A transformação de valores nominais em reais foi feita corretamente? Os resultados obtidos têm consistência interna? Sem solucionar este tipo de problema, nenhuma comparação tem sentido.

Tomamos muito cuidado na elaboração deste **Tema** mas, mesmo assim, só vemos nossos resultados como indicações de tendência (algumas fortes, outras fracas). Nenhum trabalho deste tipo é conclusivo e definitivo, pois outras abordagens, outros critérios de agregação, outras definições sempre são possíveis.

É impossível eliminar toda margem de erro, presente nos próprios dados e nos indicadores deflacionários existentes. Por tudo isso, as aparências sempre rigorosas dos números não podem substituir em nenhuma hipótese a capacidade crítica de quem os lê.

As principais fontes deste **Tema** foram os balanços gerais da União e do INAMPS, os orçamentos da União e do Sinpas, e os trabalhos "Política e financiamento do sistema de saúde brasileiro: uma perspectiva internacional" (de William Paul Greevey, Lúcia P. M. Batista, Vítor Gomes Pinto, Sérgio Francisco Piola e Solon Magalhães Vianna - mimeo, SEA/CNRH/IPEA, 1983); "Consolidação plurianual de programas de governo — 1980 - 1985" (de Lúcia P. M. Batista e Vítor Gomes Pinto - mimeo, SEA/CNRH/IPEA, 1983), "A reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social" (documento apresentado por Aloysio de Salles à CPI do Senado sobre previdência e datado de setembro/outubro de 1983), "Política Social em Saúde 1975 - 1980 — avaliação e alternativas" (de José Carlos Braga e outros, mimeo, 1982) e o livro **Saúde e Previdência** (de José Carlos Braga e Sérgio Goes de Paula, Cebes-Hucitec, São Paulo, 1981).

Seguindo-se às informações quantitativas, apresentamos dois documentos que tratam de algumas das questões centrais apontadas pelos dados: uma entrevista concedida pelo secretário de planejamento do INAMPS e o relatório final da última reunião do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Um bom teste de consistência mútua é comparar os dados que apresentamos com as colocações dos documentos.

O projeto RADIS publicou em setembro de 1982, no Tema 2, uma documentação sobre o "Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social" elaborado pelo Conasp.

Avaliação dos dados

A análise das diversas fontes mostra que a partir da década de 1950 a participação dos gastos com saúde nos dispêndios federais aumenta de forma significativa e permanente; entretanto, a distribuição deste incremento se dá de maneira muito desigual entre os subsistemas preventivo e curativo. (A **grosso modo**, o primeiro se articula em torno do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais, sendo financiado por impostos gerais, enquanto o segundo, a cargo da Previdência Social, é financiado através de taxas incidentes sobre as folhas de salários.)

Pela **tabela 1**, vemos que a participação do primeiro em relação aos gastos gerais do setor cai de 87,1% em 1949 para aproximadamente 30% em 1975 e 15% em 1982, havendo um movimento inverso do segundo. Devemos, no entanto, chamar a atenção para a existência de alguma distorção nos números finais, em virtude do critério de agregação utilizado. Com efeito, os gastos da rede previdenciária foram aí considerados, em bloco, como "curativos", e os do Ministério da Saúde aparecem sob a rubrica de "preventivos", o que corresponde apenas de forma aproximada à realidade dos fatos. O Ministério da Saúde é também responsável por serviços hospitalares (oncologia e saúde mental no Rio de Janeiro, hospitais de pequeno porte nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste e outros), e a Previdência apóia financeiramente ações de atenção primária desenvolvidas pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) e presta serviços, direta ou indiretamente, nas áreas de saúde materno-infantil e prevenção do câncer feminino, entre outras. Mesmo assim, a margem de erro da tabela, que só poderia ser eliminada através de uma desagregação interna dos gastos de cada instituição,

TABELA 1

BRASIL: Participação percentual dos serviços de caráter predominante curativo (INAMPS) e preventivo (MS e outros) nos gastos públicos federais com a saúde — 1949—1982

Ano	Assistência Médico-Hospitalar (Serviços "Curativos")	Atenção Primária (Serviços "Preventivos")
1949	12,9	87,1
1965	35,8	64,1
1969	59,2	40,8
1975	70,2	29,7
1978	81,3	18,7
1979	81,9	18,1
1980	84,5	15,5
1981	82,2	17,8
1982	84,6	15,4

Fonte: **Política e Financiamento do Sistema de Saúde Brasileiro: uma perspectiva internacional;** mimeo, SEA/CNRH/IPEA, 1983.

Nota: 1) Os recursos do MPAS/INAMPS foram computados como "curativos", os demais, (MS e outros) como "preventivos".
2) A partir de 1978: apenas gastos públicos federais.

TABELA 2

Participação do Ministério da Saúde na Despesa Geral da União 1970—1984 (em Cr$ milhões de 1984)

Anos	Despesas da União	Despesa do MS	%
1970	16.467.341,80	183.328,60	1,11
1971	12.681.599,84	178.997,00	1,41
1972	15.884.002,68	188.373,64	1,19
1973	18.343.612,56	189.698,60	1,03
1974	20.153.406,00	189.596,68	0,94
1975	22.805.899,48	256.965,80	1,13
1976	26.139.167,60	413.897,12	1,58
1977	26.987.371,32	486.718,96	1,80
1978	27.935.584,04	506.848,16	1,81
1979	26.557.090,56	482.896,96	1,82
1980	30.346.527,12	417.617,20	1,38
1981	27.329.339,52	379.586,28	1,39
1982	28.688.784,12	446.666,67	1,56
1983	27.955.790,00	311.581,57	1,12
1984	21.586.600,00	319.925,00	1,48

Fontes: 1970/1982: Balanços Gerais da União
1983/1984: Orçamentos Gerais da União
Deflator Utilizado: IGP—DI

Nota: Os dados referentes ao período 1970/1980 foram fornecidos pelo Depto. de Planejamento da ENSP; de 1980 em diante foram levantados pelo RADIS. Deve-se registrar ainda que, ao contrário dos demais, os dados referentes a 1983 e 1984 foram extraídos das previsões orçamentárias, havendo, portanto, uma defasagem natural entre eles e o conjunto da tabela, que apresenta dados de balanço, ou seja, de dispêndios efetivos, sempre superiores aos previstos.

não parece significativa, devendo-se ressaltar que, em 1981, apenas 1% dos recursos da assistência médica previdenciária foram destinados às ações básicas.

A **tabela 2** mostra que a participação percentual do Ministério da Saúde no orçamento da União não muda de qualidade nos últimos anos, sendo difícil inferir uma tendência geral válida para todo o período. Mesmo assim, os gastos do ministério se estabilizam no fim da década de 1970 em um patamar nitidamente superior ao existente alguns anos antes, seja por acompanharem o aumento real havido nas despesas governamentais como um todo, seja devido ao movimento ascendente experimentado durante o governo Geisel (1974-1979), quando o conjunto das políticas sociais recebeu especial atenção. A definição de novas prioridades pelo governo Figueiredo, empossado em 1979, e a configuração mais clara da crise econômica, conduzindo a uma compressão dos gastos gerais da União, produzem uma nova queda em 1980, contida dois anos mais tarde com a criação do Finsocial, cujos recursos já estão presentes no balanço apresentado em 1982. Através deste mecanismo, o governo federal procurou impedir que a crise econômico-financeira se refletisse num corte abrupto nos serviços oferecidos pelas políticas sociais, cuja demanda continua crescente e cujos programas já implantados ou em vias de implantação exigiam uma continuidade mínima de financiamento.

Não é fácil traçar um quadro exato e completo da atual situação em que se encontram os recursos captados por esta nova via, inclusive porque a Secretaria de Planejamento da Presidência (Seplan) não tem repassado com rapidez o total arrecadado para o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), órgão responsável pela liberação das verbas para os programas aprovados.

Mesmo assim, o reforço financeiro representado pelo Finsocial (que espera arrecadar Cr$ 1,1 trilhão em 1984) possibilitou, em plena crise, manter em níveis razoavelmente estáveis os gastos do setor de saúde, que, como mostra a **tabela 3**, havia recebido até janeiro último 46% dos Cr$ 529 bilhões aplicados pelo Finsocial em seus diversos programas.

O financiamento do setor previdenciário segue outra dinâmica. Sua receita depende fundamentalmente das contribuições advindas do emprego assalariado, ficando, portanto, na dependência do comportamento geral das atividades econômicas do País. Quanto maiores os níveis de emprego e salários existentes, maior a arrecadação. Isto explica a elevação experimentada pela receita do setor nos primeiros anos da década de 1970, estimulada, ademais, pela extensão da cobertura previdenciária a trabalhadores rurais e empregados domésticos, pela melhoria do sistema de arrecadação e por eventuais elevações das taxas. A **tabela 4** mostra que, entre 1970 e 1978, a participação da receita do Sinpas no **Produto Interno Bruto** (PIB) se eleva de 4,3% para 5,5%, crescimento percentual ainda mais significativo porque ocorrido em um período em que o produto total também experimentou um considerável aumento. Mesmo com a queda verificada no biênio 1980/1981, a receita do Sinpas se mantém em torno de 5% do PIB, nível correspondente ao do período 1972/1974 e superior ao existente até então.

Quanto à estrutura da despesa, é interessante acompanhar a participação dos gastos do INAMPS no conjunto do sistema, que passa de 17,1% em 1961 (Braga, op. cit.) para 29%

TABELA 3

BRASIL: Recursos oriundos do Finsocial por área, 1982 – 1984

Em Cr$ bilhões correntes

Áreas	1982	1983	janeiro de 1984
Alimentação e Nutrição	26,3	78,0	70,0
Serviços básicos em saúde	2,5	11,2	2,5
Controle de doenças transmissíveis	12,0	12,3	4,0
Assistência farmacêutica	–	25,0	–
Outras áreas	34,5	249,2*	1,5
TOTAL	75,3	375,7	78

Fonte: IPEA/CNRH
(*) Inclusive Cr$ 13,7 bilhões destinados a programas de emergência em função das enchentes no Sul, envolvendo distribuição de alimentos (Cr$ 3,5 bilhões), assistência farmacêutica (Cr$ 0,3 bilhão), vacinação (Cr$ 0,2 bilhão), serviços básicos e saneamento (Cr$ 5,4 bilhões) e assistência médica (Cr$ 4,3 bilhões).

TABELA 4

BRASIL: Evolução do PIB, da receita do SINPAS e dos gastos do INAMPS

(Em Cr$ bilhões correntes)

Ano	PIB[1]	Receita do SINPAS [2]		Gastos do INAMPS [3]	
		Cr$ bilhões	% PIB	Cr$ bilhões	% SINPAS
1970	210,1	9,1	4,3	2,7	29,0
1971	279,5	12,2	4,4	3,3	27,9
1972	368,4	17,9	4,9	4,4	26,4
1973	508,7	25,6	5,0	6,2	26,8
1974	740,5	36,9	5,0	8,9	26,5
1975	1.052,1	55,7	5,3	15,4	29,2
1976	1.680,2	89,5	5,3	28,7	31,6
1977	2.523,1	138,9	5,5	42,1	30,6
1978	3.729,8	206,7	5,5	63,4	29,8
1979	6.239,4	335,9	5,4	91,8	27,3
1980	13.104,3	636,0	4,9	186,8	29,4
1981	26.832,9	1.368,7	5,1	362,1	26,5
1982	...	3.183,3	...	722,7	22,7
1983	...	6.729,6*	...	1.479,4*	22,0
1984	–	18.075,0**	–	3.208,4**	17,8

Fontes: (1) **Conjuntura Econômica,** FGV, 1970–81, vários números; para 82 e 83 não se dispõe de dados oficiais
(2) IAPAS/SEA – Receita do SINPAS
(3) MPAS – Balanço do SINPAS e INAMPS, 1978–1981
* 6ª reformulação FPAS, de 23/12/83
** Orçamento FPAS – 1984
Nota: Até 1980, baseado em dados do trabalho **Política e financiamento do sistema de saúde...''**, mimeo, SEA/CNRH/IPEA, 1983.

TABELA 5

Evolução recente da situação financeira do Sinpas

(Cr$ bilhões correntes)

	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Receita	36.8	55.7	89.5	138.9	213.7	335.8	636.0
Despesa	33.7	52.6	90.7	137.8	212.7	332.8	682.8
Saldo	3.1	3.1	−1.2	1.1	1.0	3.0	−46.8

Fonte: Tabela extraída do trabalho **Política social em saúde (1975–1980): avaliação e alternativas**, de Braga e outros, mimeo, 1983.
Nota: Há pequenas divergências em relação à tabela 4, nos anos 1974, 1978 e 1979.

TABELA 6

Taxas reais de crescimento das despesas do Sinpas
(Taxas Anuais %)

	1975	1976	1977	1978	1979	1980
Despesa Total	22.1	21.9	6.5	11.3	1.6	2.4
INPS	16.7	16.8	10.7	12.9	6.2	1.2
INAMPS	34.6	31.8	3.0	8.6	−6.0	1.6
IAPAS	31.2	32.0	−29.0	−1.7	−31.4	37.9
LBA–FUNABEM	17.6	5.7	73.1	38.8	30.3	22.6

Fonte: IAPAS – MPAS até 1977, Balanços Gerais do FPAS, LBA e FUNABEM para anos posteriores.
– Deflator IGP–DI
Nota: Tabela extraída do trabalho **"Política Social em Saúde..."** de Braga e outros.

em 1970. Depois de uma queda entre 1970 e 1974, ela volta a subir até alcançar, em 1980, cerca de 30% (ainda **tabela 4**). Entretanto, conforme mostra a **tabela 5**, este último ano inaugura uma fase deficitária (a "crise da Previdência"), que provoca, entre outras conseqüências, uma compressão dos gastos em assistência médica. Com efeito, o sistema médico-hospitalar parece ser a parte mais vulnerável a uma política de contenção de despesas, pois a possibilidade de cortes nos outros orçamentos do Sinpas — pensões, aposentadorias, auxílios-doença e outros benefícios — são mais restritas. E o que mostra a **tabela 6**.

A **tabela 7** apresenta três grupos de informações principais: em primeiro lugar, temos o forte predomínio dos gastos com assistência médico-hospitalar, responsáveis por um mínimo de 84,0% e um máximo de 86,3% do total de gastos. 90% deles são efetuados através do

TABELA 7

Consolidação dos recursos despendidos em saúde, com os principais programas setoriais e demais programas — 1980–1983

Em Cr$ milhões de 1984

	1980		1981		1982		1983
	Orçamento	Balanço	Orçamento	Balanço	Orçamento	Orçamento/ Posição em 31/12/82	Orçamento
. Alimentação e nutrição	75.346	186.436	81.275	209.802	117.320	265.361	109.029
. Assistência médica e sanitária	3.823.349	5.022.698	3.575.384	4.653.836	3.887.110	4.850.746	3.767.772
I Serviços básicos de saúde	138.498	121.483	119.981	151.554	116.607	170.570	111.112
II Atenção médica -hospitalar	3.684.851	4.901.215	3.455.503	4.502.282	3.770.503	4.680.176	3.656.660
. Controle de doenças transmissíveis	81.742	120.626	58.116	92.797	62.689	123.181	71.510
. Produtos profiláticos e terapêuticos	73.770	107.269	89.391	146.677	129.573	142.771	161.086
. Demais programas	113.519	242.947	82.922	180.551	88.660	193.166	92.540
Total das despesas (1)	4.167.726	5.679.976	3.887.088	5.283.664	4.285.353	5.575.225	4.201.936

Fontes: 1980/1981/1982/1983 – Lei de Orçamento
Recursos despendidos tesouro 1980/1981 – Balanços Gerais da União
Recursos tesouro – 1982 – Lei Orçamento, mais créditos, menos anulações. Posição em 31/12/82
Recursos MPAS – 1980/81/82 – Orçamento aprovado do INAMPS
1980/81 – Plano de custeio e balanço do INAMPS
1982 – Posição INAMPS em 31/12/82 de balancete
Notas: (1) Inclusive recursos de "todas as fontes" do Ministério da Saúde, recursos do FAS e Finsocial do INAE/MEC e recursos FPAS/INAMPS/LBA
– Tabela elaborada a partir de dados extraídos do trabalho **Consolidação plurianual de programas do governo – 1980/1985**, de autoria de Lúcia Batista e Vitor Gomes Pinto
– Deflator utilizado: IGP–DI

INAMPS. Em segundo lugar, transparece que, mesmo numa conjuntura recessiva, os gastos em saúde não apresentam necessariamente uma nítida tendência decrescente. Por fim, verifica-se uma tendência ao crescimento dos gastos no que estamos chamando de "subsistema preventivo", com exceção, dentre os programas identificados, do "controle de doenças transmissíveis". Apesar do pequeno peso relativo deste subsistema, é significativo o fato de que algumas de suas rubricas chegam a apresentar um crescimento de quase 50% em dois anos.

Pela **tabela 8** vemos que em 1978 há um ponto de inflexão nos dispêndios com atenção médico-hospitalar. O período de continuada expansão da disponibilidade financeira do INAMPS chega ao fim, revertendo-se para um suave declínio, em termos reais, de seus gastos. As medidas adotadas desde fins da década passada (inclusive os reajustes dos pagamentos de serviços abaixo da inflação) parecem ter sido eficazes, pois a **tabela 9** aponta que o volume de serviços prestado pelo órgão continuou

TABELA 8

Gastos do INAMPS em preços constantes, 1974 – 1984

Ano	Cr$ milhões de 1984
1974	2.509.107
1975	3.377.771
1976	4.454.632
1977	4.593.361
1978	4.977.849
1979	4.678.220
1980	4.759.541
1981	4.389.966
1982	4.488.314
1983	4.601.012
1984*	3.208.353

Fonte: Tabela 4
Deflator utilizado: IGP–DI
(*) Dado de orçamento.

crescendo até 1981. Só com o início da aplicação do **Plano de reorientação da assistência à saúde no âmbito da Previdência Social** (Conasp), em 1982, é que se torna visível uma inversão da tendência ao crescimento do volume de serviços prestados, em especial dos procedimentos mais onerosos, como as internações.

O plano do Conasp (tratado no **Tema 2**, publicado pelo projeto RADIS) não partia de uma preocupação expressamente financeira, mas propunha uma "reversão gradual do atual modelo médico-assistencial" do INAMPS, baseada no "aumento da produtividade dos recursos da Previdência Social aplicados em saúde, com racionalização das formas de prestação de serviços". Para tanto, previa a organização dos serviços de saúde a partir de critérios de regionalização e hierarquização, com ênfase especial no uso do setor estatal. Hoje pode-se perceber mais claramente as dificuldades que a rigidez da estrutura de gastos do INAMPS impõe a este projeto. E o que pode nos mostrar a comparação entre as **tabelas 10 e 11**. Apesar delas usarem critérios distintos de agregação, permitem perceber que a participação dos serviços "não próprios" nas despesas da assistência médica previdenciária não se altera substancialmente. A **tabela 11** nos oferece ainda outras observações importantes, como a queda substancial do peso da rede contratada entre 1982 (60%) e 1983 (54,3%). Entretanto, o orçamento de 1984 (coluna a, 1984) prevê um pequeno crescimento desta participação (que passaria para 55,7% da despesa total), o que contraria a projeção apresentada pelo presidente do INAMPS à CPI do Senado em setembro/outubro de 1983 (coluna b, 1984). Nesta ocasião, Aloysio de Salles previa que a participação de rede contratada continuaria caindo para 50,7%

TABELA 9

MPAS/INAMPS – Evolução da prestação de serviços assistenciais no Brasil – 1975–1983

	Internações		Consultas médicas		Consultas odontológicas		Serviços complementares	
Ano	Número	Acréscimo %	Número	Acréscimo %	Número	Acréscimo %	Número	Acréscimo %
1975	6.649.136	–	92.333.187	–	13.827.676	–	67.963.077	–
1976	8.356.067	25,7	118.647.964	28,5	18.159.713	31,3	91.910.579	35,2
1977	8.617.431	3,1	132.502.898	11,7	23.482.922	29,3	99.484.897	8,2
1978	9.658.055	12,1	145.411.612	9,7	29.010.105	23,5	115.376.803	15,5
1979	10.571.214	9,4	154.539.578	6,3	31.633.719	9,0	139.392.712	20,8
1980	11.753.451	11,2	179.751.174	16,3	34.159.554	7,9	160.912.847	15,4
1981	13.193.536	12,2	202.589.387	12,7	37.968.365	11,1	191.009.381	18,7
1982	13.070.882	– 0,1	206.248.445	1,8	39.056.418	2,9	197.895.498	3,6
1983	12.071.162	– 7,6	218.577.113	6,0	38.681.754	–1,0	205.416.861	3,8

Fonte: 1975/1980 – Política Social em Saúde... (Braga e outros)
1981/1982 – A Reorientação da Assistência... (A. Salles)
1983 – INAMPS (Coordenadoria de Comunicação Social)

TABELA 10

MPAS/INAMPS — Distribuição das despesas com serviços próprios e não-próprios da assistência médica da Previdência Social.

Ano	Serviços próprios %	Serviços não-próprios %
1971	20,3	79,7
1972	20,2	79,6
1973	22,4	77,6
1974	23,2	76,8
1975	28,7	71,3
1976	32,2	67,8

Fonte: MPAS — INPS — Balanços Gerais.
Nota: Extraído de Braga, J. C., e Paula, S. G., **Saúde e previdência**, CEBES/HUCITEC, São Paulo, 1981.

TABELA 11

MPAS/INAMPS — Distribuição da aplicação dos recursos em assistência médica e sanitária, segundo prestador de serviço, 1982 — 1984

	1982		1983		1984	
	Orçamento	Realizado	Orçamento	Realizado (estimativa)	Orçamento	Projetado
Rede própria, Ceme, Conasp	25,7	22,0	31,5	28,4	28,1	34,1
Rede conveniada	19,5	18,0	16,5	17,3	16,2	15,2
Rede contratada	54,8	60,0	52,0	54,3	55,7	50,7
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fonte: Dados de orçamento — Orçamento do INAMPS 1982, 1983 e 1984
Dados de realização ou projeção — A Reorientação da Assistência à Saúde no Âmbito da Previdência Social — Documento apresentado pelo Prof. Aloysio de Salles Fonseca à Comissão Parlamentar de Inquérito do Senado sobre a Previdência Social, setembro/outubro de 1983.

do total das despesas. Isso parece indicar que as intenções de aumentar o peso da rede oficial esbarram em necessidades de manutenção dos gastos com os serviços oferecidos pela rede privada.

Ora, a criação de um sistema regionalizado, hierarquizado e centrado no setor público — proposta do Conasp — só seria possível se este último passasse a assumir parcelas crescentes dos serviços prestados pelo INAMPS. Se o deslocamento das despesas com serviços contratados mostra-se tão difícil, como financiar a expansão dos serviços contratados motra-se tão difícil, como financiar a expansão dos serviços prestados pelo Estado sem dispor de uma base financeira flexível e em expansão? É neste contexto que se insere o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que procura estabelecer uma integração mais profunda entre os serviços públicos de saúde (federais, estaduais e municipais) e articulá-los melhor com os serviços privados contratados pelo INAMPS.

O PAIS prevê a assinatura de convênios entre os ministérios da Previdência e da Saúde e os diversos governos estaduais e municipais para a implantação gradual de sistemas integrados em cada estado. A base de atuação do PAIS é o município. Em sua área, todos os serviços estatais de saúde são integrados de forma regionalizada e hierarquizada através do estabelecimento de mecanismos de referência e contra-referência e de adscrição de clientela aos serviços primários mais próximos ao local de moradia. As diversas instituições envolvidas no PAIS participam de seu financiamento: os governos estaduais e municipais se comprometem a manter, no mínimo, o atual nível de recursos alocados no setor de saúde, enquanto o INAMPS repassará às secretarias estaduais e às prefeituras recursos calculados com base na produção de serviços na rede ambulatorial e na suplementação de 50% do orçamento de cada uni-

TABELA 12

INAMPS – Orçamento do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) – 1984

(Em Cr$ milhões)

Estados / Recursos	Compromisso Atual		Com Reajustes Previstos
	Convênios assinados	Novos	
Acre	–	2.555	4.050
Rondônia	4.500	–	6.693
Amazonas	–	1.496	2.468
Roraima	–	–	–
Pará	–	–	–
Amapá	–	–	–
Maranhão	5.875	–	9.312
Piauí	771	–	1.146
Ceará	7.563	–	11.987
R. G. do Norte	1.992	–	2.963
Paraíba	1.336	–	2.117
Pernambuco	7.572	–	11.263
Alagoas	–	7.990	13.183
Sergipe	–	4.741	6.258
Bahia	–	–	–
Espírito Santo	4.630	–	6.887
Rio de Janeiro	39.200	–	71.500
Minas Gerais	5.778	–	8.594
Goiás	–	–	–
Dist. Federal	20.000	–	29.750
Mato Grosso	3.500	–	4.620
M. Grosso do Sul	–	–	–
São Paulo	43.490	–	49.725
Paraná	–	–	–
Santa Catarina	2.379	–	3.539
R. Grande do Sul	1.016	–	3.022
Total	151.602	16.782	249.137

Fonte: INAMPS – Secretaria de Planejamento
Nota: Os convênios novos (não assinados) foram considerados para o período Mai/Dez.

dade de serviços hospitalares e de pronto-socorro incluída no programa.

A tabela 12 deixa claro que o PAIS inicia sua atuação em um patamar relativamente alto de abrangência territorial e alcance financeiro. Em 1983 já haviam sido estabelecidos convênios com 15 estados (incluído o Distrito Federal), estando prevista para 1984 sua extensão a quatro outros, deixando apenas Pará, Bahia, Goiás, Mato Grosso do Sul e Paraná de fora nesta fase.

Os recursos previstos para o PAIS neste último ano somam Cr$ 249,1 bilhões, que representam cerca de 9% do orçamento do INAMPS para a assistência médica e sanitária (Cr$ 2.884,2 bilhões). Provavelmente este volume de recursos ainda e insuficiente para alterar de forma significativa a estrutura da despesa do INAMPS, mas a continuidade da expansão territorial do PAIS poderá levar a uma participação crescente dos serviços oficiais nestes gastos. Além disto, parece certo que haverá um impacto sensível e imediato do PAIS sobre a assistência médica nas áreas onde ele atua, seja pelo fim da distinção entre segurados e não-segurados da Previdência (com a conseqüente universalização do atendimento), seja pelo reforço dos orçamentos estaduais e municipais de saúde através das transferências de verbas do INAMPS. Além disto, o PAIS instala mecanismos colegiados de gestão através de comissões interinstitucionais de saúde a nível estadual, regional e municipal, o que poderá melhorar o trabalho de coordenação das ações do setor e permitir o enfrentamento de um dos principais problemas expostos no documento que orientou sua formação: "os serviços de saúde caracterizam-se hoje por uma atividade assistencial planejada de forma inadequada, com superposição de recursos, pouca produtividade e baixo impacto sobre a saúde da população".

ENTREVISTA

Os objetivos da reorientação da Previdência

O secretário de planejamento da direção geral do INAMPS, Henri Eugéne Jouval Jr., responde ao RADIS.

RADIS: Tem havido uma diminuição progressiva da participação do INAMPS no orçamento SINPAS. Que significado essa tendência pode ter para a assistência médica, já que não se apresenta uma possibilidade de sua inversão imediata? Qual o limite das contenções que vêm sendo executadas, nesta fase, ainda por conta da racionalização e melhor aplicação do orçamento?

Jouval: Embora se possa concordar que é desejável maior volume de recursos para o setor saúde, deve-se também atentar para o fato de que não há correlação entre gastos em assistência médica e nível de saúde da população. Sabemos que no modelo assistencial vigente existem distorções que devem ser resolvidas por medidas racionalizadoras e reorientadoras. São esses os propósitos do plano do CONASP, que podem ser assim resumidos: potencializar os recursos disponíveis através de integração inter-institucional dos níveis federais, estaduais e municipais e adoção de mecanismos gerenciais mais eficazes na articulação e no acompanhamento de compra de serviços ao setor privado. Por outro lado, a necessidade de se alcançar equalização e universalização da assistência à população brasileira, pelo menos no setor de cuidados primordiais, legítimo anseio da sociedade, dependerá, também, de maior viabilidade econômico-financeira do setor saúde.

Tais fatos obrigam a duas séries de providências: a primeira diz respeito, sem prejuízo dos limites orçamentários estabelecidos para o INAMPS, a buscar-se, mais do que reformulações dos valores globais já assegurados, maiores esforços à procura de novas fontes de recursos governamentais. A tais recursos, proporcionados, de algum modo, pelo Governo Federal, devem juntar-se outros, originados dos naturais parceiros do empreendimento comum de prestar serviços de saúde à população. Os estados, os municípios e as organizações comunitárias, no seu conjunto, foram mais ou menos esvaziados nos seus orçamentos no campo da saúde, não apenas pelas próprias dificuldades de sua operação governamental, como um todo, mas sobretudo pela natural tendência de se encolherem, na medida em que o governo federal, através da Previdência Social, alargava os seus horizontes de ação e buscava encontrar, dentro de si mesmo, recursos para tal crescimento de responsabilidades.

É chegada a hora de dividirem-se essas responsabilidades. É indispen-

sável que os problemas de saúde sejam vistos e financiados como um todo, em que todos estão envolvidos: governo federal, estados, municípios e populações em geral. Só assim, a tão ambicionada universalização da assistência poderá ter condições de viabilizar-se e, em conseqüência, alcançar-se aquela meta síntese que é assegurar-se saúde para todos, com cuidados primordiais oferecidos indistintamente.

Em relação aos reflexos da política institucional sobre os gastos, verifica-se que nos anos de 81 e 82, as despesas totais do INAMPS coincidiam com as respectivas variações do INPC. Já nos anos de 83 e 84, mantidos os tetos orçamentários autorizados até o presente, a despesa total real do INAMPS está, no mínimo, 30% abaixo da taxa inflacionária, representando, assim, significativa compressão. Por outro lado, considerando-se os recursos orçamentários consignados para o INAMPS em 83, verifica-se que, de início, os 105% de aumento concedidos em relação a 82 estavam abaixo do índice de inflação reconhecido pelo governo em 150%. Olhando o país como um todo, os gastos segundo os tipos de prestadores, se distribuíram da seguinte forma:

— Em 1982, 22% na rede própria e equivalente, 18% na rede conveniada e 60% na rede contratada.

— Em 1983, a rede própria e similar representou 28,4% enquanto a rede conveniada e a rede contratada significaram 17,3% e 54,3% respectivamente.

— Para este ano, para a rede própria e congênere prevê-se 34,1% e alocam-se recursos na ordem de 15,2% para a rede conveniada e 50,7% para a rede contratada.

Assim, dentro do espírito do CONASP, busca-se dar plena capacidade de produção aos serviços públicos de assistência médica e, em particular, nos próprios da instituição. Nesse sentido, os setores próprios que atuam no atendimento da clientela e as atividades que promovam ou apoiem o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no Ambito da Previdência Social vêm sendo progressivamente priorizados na alocação de recursos orçamentários, nesses dois últimos anos.

RADIS: Que mecanismos têm propiciado diminuição das internações, principalmente do setor contratado? A médio prazo como manter os gastos no setor hospitalar com concomitante aumento dos serviços básicos (o que demandaria naturalmente serviços secundários e terciários)?

Jouval: Em primeiro lugar, ao se investir no aumento da capacidade resolutiva do nível ambulatorial. Em segundo lugar, pela implantação do novo sistema de contas (AIH) que, além de ensejar uma melhor previsibilidade orçamentária, pretende-se que seja um instrumento de melhoria das condições de funcionamento e de gerência de hospitais. A análise do SAMHPS no Paraná evidencia uma clara diminuição da mortalidade hospitalar, o que mostra que entre seus objetivos se colocam outros que não o simples controle de gastos.

No sistema anterior, o paciente que precisasse ser internado na rede privada obtinha uma GIH (Guia de Internação Hospitalar), num posto do INAMPS, e dirigia-se a um hospital contratado. A partir deste ponto, o INAMPS perdia todo o controle da situação, pagando as contas apresentadas à DATAPREV (Empresa de Processamento de Dados do MPAS), inclusive serviços profissionais e exames complementares.

Em síntese, no Sistema GIH o INAMPS, ao pagar, não criticava a qualidade da atenção médica prestada ao beneficiário e permitia a manipulação das contas pela cobrança indevida de diárias, medicamentos, exames complementares, etc.

Após longas e repetidas reuniões com representantes da Federação Brasileira de Hospitais, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, Sindicatos e outras entidades de classe — com base na experiência do convênio MEC/MPAS — o INAMPS instituiu o novo sistema de contas. A experiência inicial, hoje aperfeiçoada, desenvolveu-se no Paraná. Após dois anos de aplicação naquele estado, a filosofia foi mantida, mas a sua prática corrigida e aperfeiçoada, permitindo o estabelecimento de um novo e melhor modelo.

O sistema AIH agrupou 2.565 causas de internações existentes em 246 grupos de diagnósticos, simplificando os métodos de pagamento e facilitando o trabalho de auditoria. Para cada doença incluída em um grupo, calcularam-se a freqüência, o tempo de internação e os custos médios pagos, correspondentes a diárias e taxas, material e medicamentos, serviços profissionais e serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, através da análise de 8 milhões de contas pagas em todo o país.

Este amplo levantamento levou à elaboração de um Plano de Contas — o sistema AIH — mais moderno e eficiente, que indica o valor a ser pago para cada procedimento. Constitui verdade matemática dizer-se que um valor médio, calculado a partir de um universo significativamente grande e assumido sem quaisquer outras limitações seletivas, quando acrescido de duas vezes do respectivo desvio padrão, corresponde ao valor de mais de 95% do universo de dados analisados. Em conseqüência, os custos dos procedimentos assim estudados representam 95% do que foi, em cada caso, cobrado pelos médicos e hospitais de todo o Brasil. Não pode haver outras discrepâncias. Com tal elemento básico de cálculo fixado, o INAMPS tem, agora, condições de negociar reajustes com base nos aumentos constantes de preços. E o que temos feito, e pretendemos continuar a fazer, com plena audiência das diversas comissões de alto nível compostas de representantes do INAMPS e dos prestadores de serviços. Ao mesmo tempo, com o objetivo de promover e premiar a qualidade da prestação de serviços, o sistema AIH oferece o acréscimo de 30%, de acordo com o desempenho, a qualidade e a diferenciação do hospital.

A luz da experiência de implantação do sistema AIH, devemos afirmar que este não é, apenas, uma nova forma de pagamento das contas hospitalares. Mais do que isso, o sistema AIH visa a assegurar a melhoria da qualidade do serviço médico, e a restaurar o império da racionalidade, ao premiar a competência gerencial na área hospitalar privada e ao premiar a melhor qualidade técnico-científica institucional médica.

No que se refere ao aumento da demanda por serviços médicos secundários e terciários, entendemos que, ao priorizarmos a atenção básica de qualidade, estaremos deixando de internar parcela considerável de pacientes que hoje têm acesso ao hospital menos por necessidade técnica e mais pela precariedade dos serviços ambulatoriais e pelas distorções do sistema de financiamento anterior. E preciso, entretanto, lembrar que hoje nossa preocupação é de outra espécie: concretamente existe hoje no país uma superoferta de leitos hospitalares. Para uma necessidade de cerca de 125 mil, temos um total de 400 mil, sendo que, destes, 200 mil são contratados. Acreditamos, portanto, que a proposta do PAIS tende a reverter essa situação e aponta para uma utilização mais racional dos

recursos com que o país conta, para oferecer assistência de qualidade à população.

RADIS: Quais as modificações ao nível dos estados e municípios que têm se efetivado através da implantação e expansão do PAIS — do ponto de vista do financiamento do setor? Como têm crescido as transferências intergovernamentais do INAMPS para os estados e municípios?

Jouval: O PAIS, dentro de sua proposta mais abrangente, busca, a nível dos estados, compatibilizar os recursos provenientes de diversas fontes. Exemplo disto vem sendo a destinação para os estados dos recursos do FINSOCIAL para aplicação nas periferias dos grandes centros urbanos. Os critérios para utilização destes fundos estão sendo elaborados à luz das necessidades da rede pública como um todo, objetivando dar-lhe um maior poder de resolução e evitando o surgimento de mais um programa e o desperdício de recursos. Por outro lado, como já frisamos, a responsabilidade conjunta de financiamento de rede coloca para o setor público a necessidade de utilizar e distribuir racionalmente estes recursos. A Previdência Social deverá, pois, deixar de ser apontada como a única responsável pelas árduas tarefas de prover recursos financeiros e serviços de assistência médica à população brasileira. A responsabilidade e as ações correspondentes têm que ser repartidas com os vários níveis de governo, em caráter comum e multi-institucional, em atenção aos reclamos da sociedade.

De uma perspectiva mais específica, ressaltamos os seguintes pontos centrais:

1 — Desaparece, por parte do INAMPS, uma postura de compra e venda de serviços com o setor público. Em realidade trata-se do repasse de recursos públicos, advindos da contribuição dos assalariados, a instituições da mesma forma públicas. Ou seja, aqui inexiste a figura do lucro do ponto de vista mercantil, mas sim do ponto de vista social.

2 — No que se refere à forma pela qual vem se dando esses repasses, temos que:

— a partir deste ano desaparece a remuneração por subsídio fixo, que tradicionalmente era um recurso repassado aos Estados, sem nenhuma preocupação quanto à sua destinação ou utilização e que não estimulava as Secretarias de Saúde a aumentarem sua produtividade;

— em altuns Estados, a rede hospitalar está dentro do sistema de co-gestão em que, a partir do levantamento dos recursos globais necessários para o funcionamento dos serviços, definem-se a participação de cada instituição no aporte de recursos;

— a rede ambulatorial e hospitalar, na maioria dos Estados, vem recebendo os recursos, com base no pagamento por procedimento realizado. Os procedimentos ambulatoriais e hospitalares são classificados em portes de complexidades crescentes, definindo-se um valor de remuneração para cada procedimento. Este princípio já vem sendo utilizado há algum tempo no relacionamento com os hospitais universitários. Embora os valores definidos representem parcela substantiva dos recursos utilizados para custeio dos serviços, eles obviamente não cobrem a totalidade dos custos, que são cobertos, nessa diferença, com os recursos próprios das Secretarias de Saúde ou de outras fontes de financiamento.

Com base nestes princípios foram assinados até o momento convênios em 15 estados da União, o que vem significando um aporte considerável de recursos adicionais aos Estados, em relação aos anos anteriores. Este adicional — embora ainda proporcionalmente pequeno em relação às necessidades — está sendo utilizado no aperfeiçoamento do funcionamento da rede pública e permitindo uma melhor remuneração dos profissionais vinculados ao programa. Tomando como exemplo os estados do Nordeste — em que o programa já cobre cerca de 80% da população — esse aporte adicional de recursos está em torno de 85 bilhões de cruzeiros, independentemente dos demais recursos regulares por conta dos demais convênios e contratos ainda prevalentes.

Apesar disso, o montante desses recursos repassados ao setor público se revela ainda pequeno, diante da soma de dispêndios na compra de serviços ao setor privado.

RADIS: Nas últimas reuniões do CONASS tem sido uma constante a proposta de criação de um sistema único de saúde, como forma de superar as dicotomias (preventivo x curativo) do setor saúde e das suas diversas e desiguais formas de financiamento. Em que medida o PAIS contribui para tal proposta, ou, ao menos, para o avanço da integração interinstitucional?

Jouval: Em primeiro lugar cabe uma observação importante: a partir do entendimento de que é de responsabilidade do Estado a saúde da população, e especificamente a definição de uma política de saúde e a organização e o controle do sistema de saúde, se delineia o princípio básico de universalização e equalização do atendimento da clientela urbana e rural, seja ela previdenciária ou não. Esse corpo doutrinário tem como princípio fundamental o de que a assistência à saúde não é, apenas, um benefício securitário, previdenciário, mas também um direito de cidadania.

Em segundo lugar gostaria de frisar que o PAIS não pode ser entendido enquanto mais uma modalidade assistencial dentre as muitas já assumidas pelo INAMPS, nem mesmo enquanto projeto piloto ou experimental. Na realidade, ele deve ser entendido como a estratégia maior de reordenação do setor saúde no país. Ele é o instrumento que permitirá que o INAMPS deixe de financiar múltiplas e fragmentadas modalidades assistenciais realizadas a nível dos estados, e passe, progressivamente, mas a prazo relativamente curto, a organizar e financiar um sistema integrado de saúde, baseado nas instituições governamentais, públicas, universitárias e filantrópicas, como base para as necessárias articulações com os serviços privados e com o setor de formação de recursos humanos.

Esta integração das ações, a nível de unidade federada, está sendo viabilizada através da assinatura de convênios para a gestão conjunta dos sistemas de saúde estaduais e municipais. Representa na prática uma mudança qualitativa na situação vigente, caracterizada, até então, por uma atividade da Previdência Social como mero agente financiador e comprador de serviços. Este estreitamento das relações entre as instituições públicas prestadoras de serviços de saúde se baseia no esforço conjunto na busca de conformação dos sistemas estaduais de saúde a partir dos princípios de regionalização e hierarquização dos serviços, de descentralização das atribuições e responsabilidades para os estados e municípios, da integralidade das ações de saúde, da co-participação financeira, de gestão conjunta do sistema a nível dos estados. Significa, por fim, uma relação de parceria no setor público, numa tarefa comum em que esforços e conquistas deverão ser fruto da ação colegiada das instituições de saúde e educação, federais, estaduais e municipais atuantes na área.

Financiamento do setor saúde

Relatório final da reunião extraordinária do Conselho Nacional de Secretários de Saúde em fevereiro de 1984.

Existem no Brasil, basicamente, dois sistemas oficiais de financiamento do setor saúde: um constituído pelo Ministério da Saúde/Secretarias de Saúde Estaduais/Prefeituras Municipais (saúde pública) e outro pelo INAMPS/Ministério da Previdência e Assistência Social (assistência médica).

O primeiro tem como fonte de recursos os impostos gerais pagos por toda a população; o segundo a contribuição de segurados da Previdência Social, empregadores e, em pequena parcela, a União.

O sistema de saúde pública sofre, nos Estados e Municípios, as conseqüências da sufocante política tributária centralizadora, que não permite alocações de montantes significativos.

O Ministério da Saúde, não obstante venha aumentando a sua parcela de participação no Orçamento da União, especialmente em 1982 e 1983, detém um volume de recursos muito aquém do necessário para o controle dos problemas de saúde do país.

O sistema aqui denominado Assistência Médica é o detentor da maior parcela de recursos alocados ao setor e, como parte integrante do sistema previdenciário, sofre as conseqüências da crise que se abate sobre o mesmo, oficialmente declarada em 1981. Tal crise tem a sua origem na própria estrutura do sistema previdenciário brasileiro, altamente vulnerável, pois não dispondo de capitalização e/ou fundo de reserva, assiste impotente aos efeitos desta crise, que lhe diminui a receita e pressiona fortemente a despesa.

Ora, dentre os serviços e benefícios prestados pela Previdência é a assistência médica o único cuja obrigatoriedade ou limite orçamentário de execução não é previsto por lei, configurando-se desde logo como área estratégica para contenção de despesas, o que de fato vem acontecendo de maneira alarmante.

Diante deste quadro, medidas racionalizadoras que visem a melhoria dos serviços são impositivas e urgentes.

Esta necessidade de racionalização aponta para a priorização do setor público na prestação de serviços, que precisa ser unificado, regionalizado, descentralizado, hierarquizado, dando ênfase nas ações básicas de saúde com alta resolutividade da rede ambulatorial. Essas medidas, aliás, encaminhadas pelo Programa de Ações Integradas de Saúde e que começam a ser implantadas em vários estados do país, necessariamente só serão efetivas se apoiadas e convenientemente ajustadas pela ampla participação comunitária nas decisões, incluídas Associações de Moradores, Associações Profissionais, Sindicatos, etc.

Entretanto, essas diretrizes dificilmente lograrão bom êxito se o setor saúde não dispuser, a curto prazo, de bases organizacionais mais sólidas e base financeira menos sujeita a oscilações de alta magnitude e grande imprevisibilidade.

Estas bases serão adquiridas com a adoção de um sistema único de saúde custeado por taxas e impostos gerais e/ou específicos e contribuições previdenciárias, perfeitamente definidos, previstos em ampla reforma tributária a ser realizada sob a égide de um regime indiscutivelmente democrático.

Nesta fase de transição amplos debates deverão prosseguir a respeito da coordenação e organização e custeio do sistema até que ele se consolide num órgão único.

Este é o caminho, por meio do qual a um só tempo se promoveria a racionalização administrativa, o resgate do direito à saúde como direito do cidadão e se romperia definitivamente com a anacrônica dicotomia medicina preventiva — medicina curativa.

Porém, pouco será conquistado das propostas aqui apontadas, se não se considerar os problemas do setor Saúde como questão política. Assim sendo, há necessidade do engajamento da sociedade brasileira, de maneira democrática, nesse debate. A presença de Presidentes de Comissões de Saúde de Assembléias Legislativas nesta reunião do CONASS representou importante passo nesse sentido. No entanto, esta participação deverá se ampliar. O debate deve ser travado nas Câmaras de Vereadores, Assembléias Legislativas, Congresso Nacional, associações, sindicatos, enfim, em todos os setores onde se anseie pela melhoria das condições de vida do povo brasileiro.

Seja esta reunião do CONASS um marco decisivo de união de todos os segmentos da sociedade brasileira, aglutinando instituições de saúde e sociedade civil, em ampla campanha que conduza a soluções definitivas para os problemas de financiamento e organização dos serviços de saúde no país.

TEMA é uma publicação do projeto Reunião, Análise, Difusão de Informação sobre Saúde (RADIS), desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública — Fundação Oswaldo Cruz, com o apoio da Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde, da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). As opiniões aqui expressas não representam necessariamente a posição oficial da instituição. COLABORARAM NESTE NUMERO: César Q. Benjamin; Gustavo F. Bayer; Paulo Sérgio Souto; Pedro Ribeiro Barbosa; Sérgio Goes de Paula (coordenador do projeto RADIS) DIAGRAMAÇÃO: Andrei Bastos. PRODUÇÃO GRÁFICA: ASB Arte Gráfica e Editora Ltda. Tel.: (021) 253-5801 IMPRESSÃO: Programa de Educação Continuada — Escola Nacional de Saúde Pública. DISTRIBUIÇÃO DIRIGIDA.
Os interessados em receber esta publicação deverão dirigir-se ao Projeto RADIS — Rua Leopoldo Bulhões, 1480 — 21.041 — Rio de Janeiro — RJ.